

# bioètica & debat

TRIBUNA OBERTA DE L'INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Any XIII-N. 49

## Aspectes ètics del diagnòstic psiquiàtric

**S**i hi ha algun tret característic de la nostra època és l'enorme valor que concedim a tot el que és immediat. No hi ha dubte que vivim en una cultura pragmàtica i preocupada pel que és contemporani, que enalteix les bondats de la immediatesa, del domini del que és efímer i amb una acusa-

da fasciació per allò que és superflu, però que paradoxalment té una necessitat constant de respostes i alhora demana l'establiment de regles i tècniques concretes destinades a produir una conducta normalitzada i estandaritzada.

*Hi ha una major sensibilització mediàtica i una vulgarització científica que ha donat lloc al culte a la salut, a la por a la malaltia, a la medicalització de l'existència i a la consagració del psicologisme*

L'àmbit de la salut no escapa a aquest fet i la normalització mèdica envaeix cada vegada més territoris del camp social. Hi ha una major sensibilització mediàtica i una vulgarització científica que ha donat pas al culte a la salut, a la por a la malaltia, a la medicalització de l'existència i a la consagració del psicologisme. Es fomenta la il·lusió de que el dolor, el patiment, els desajustaments socials i relacionals es poden explicar amb una etiqueta psiquiàtrica i, en la gran majoria dels casos, resoldre'ls amb un tractament (sovint exclusivament farmacològic).

Existeix el risc que la psiquiatria,

captivada actualment pels seus remeis simptomàtics, vagi "perdent el camí" tant pel que fa a l'aspecte intel·lectual com a l'ètic, deixant-se portar per un model social que es deixa fascinar per allò que és superficial, i per la "lògica" d'un consumisme sanitari amb exagerades pretensions de medicalitzar la inadaptació i el malestar. Un model que abandona la reflexió en benefici de l'actuació; la construcció teòrica en benefici de la utilitat pràctica immediata. Ha passat al davant la producció de sabers, dotats d'una orientació pragmàtica, impeding el coneixement allunyat de tota consideració utilitarista. El concepte de rendibilitat s'allunya del concepte de reflexió. Com escriu Gilles Lipovetsky, "no és la passió pel pensament el que triomfa, sinó la demanda de sabers i d'informacions immediatament operacionals".

En la praxi psiquiàtrica, aquests fets tenen la seva màxima expressió en la construcció i utilització del diagnòstic que, com en qualsevol activitat assistencial en medicina, s'erigeix com a suport i punt de partida de tot acte psiquiàtric. Els problemes ètics relacionats amb el diagnòstic psiquiàtric, són inseparables del conflicte ètic (passa a pàg. 3)

### sumari

Aspectes ètics del diagnòstic psiquiàtric: .....1 a 5

Editorial:  
«Inhibició química en delinqüents sexuals».....2

Límits del consentiment en las persones amb trastorn mental greu: .... 6 a 10

La Biblioteca de l'IBB .....11

Competència del menor: un tema pendent .....12 a 14

Mesures restrictives en l'hospitalització psiquiàtrica: ..... 15 a 19

Agenda .....20

Institut Borja de  
**Bioètica**

Universitat Ramon Llull

TRIBUNA OBERTA  
DE L'INSTITUT BORJA  
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓ  
Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓ I EDICIÓ  
Ma. José Abella

CONSELL DE REDACCIÓ  
Francesc Abel i Fabre  
Jordi Craven-Bartle  
Ester Busquets i Alibés  
Jaume Terribas Alamego

DISSENY GRÀFIC  
Elisabet Valls i Remolí

COL·LABORADORS  
Ester Busquets  
Sabel Gabaldón  
Jose A. Larraz  
Josep Ramos  
Núria Terribas

IMPRESSIÓ:  
Ediciones Gráficas Rey  
ISSN:1579-4865

EDITA:  
Institut Borja de Bioètica,  
Fundació Privada  
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.  
08950-Esplugues (BCN)  
Telf. 93.600.61.06  
Fax. 93.600.61.10  
www.ibbioetica.org

## editorial

### Inhibició química en delinqüents sexuals

**E**n ple mes d'agost el president francès, Nicolas Sarkozy, va llençar a la palestra pública el debat sobre la castració química de violadors i pederastes, que no s'han rehabilitat durant la seva estada a la presó. La proposta del líder francès era un intent de tranquil·litzar la ciutadania davant l'alarma social del cas de violació d'un nen de 5 anys a mans d'un pederasta de 61 anys reincident, que acabava de sortir en llibertat, després d'haver complert condemna.

Malgrat que l'aposta de Sarkozy –castració química– sigui considerada com a “demagògica”, el que si és cert és que la societat té un problema amb els presos per delictes sexuals que no es rehabiliten, perquè per una banda ha de protegir la seguretat dels ciutadans, però per l'altra no pot oblidar que, en un estat de dret, el delinqüent sexual també té la seva dignitat i drets bàsics, que han de ser respectats.

Tot i que el govern Espanyol no ha entrat ni té previst de manera immediata abundar en l'estudi d'aquesta qüestió, sí que ho ha fet la Generalitat de Catalunya arrel de l'excerceració de José Rodríguez Salvador, conegut com el *violador de la Vall d'Hebron* el passat 22 de setembre. Un home que després de passar 16 anys a la presó per múltiples agressions sexuals no s'ha rehabilitat i hi ha un perill real de reincidència ara que torna a ser al carrer.

En la primera reunió de la Comissió d'experts creada per la Generalitat i la fiscalia, a fi d'estudiar la problemàtica dels presos reincidentes que queden en llibertat, es va arribar a un primer acord: la mal anomenada “castració química” (seria més encertat parlar d'inhibició química, atès que la medicació que es dona per inhibir el desig sexual no és una castració, ja que és reversible i el seu efecte desapareix tres mesos després que es deixi el tractament) no es podrà imposar perquè això seria contrari al marc legal espanyol, concretament contrari a l'art. 15 de la Constitució Espanyola que parla del dret a la vida i a la integritat física i moral, que declara abolida la pena de mort i que proclama que ningú no serà sotmès a penes ni a tractes inhumans o degradants.

Hi ha alguns estats d'Estats Units on fa més de deu anys que s'aplica aquest tractament, en canvi en altres països com Regne Unit és de caràcter voluntari. La controvèrsia sobre l'eficàcia d'aquesta mesura és molt viva. Hi ha els qui la defensen a ultrança perquè consideren que és un mètode eficaç perquè protegeix tant als ciutadans com al propi agressor sexual. En canvi, hi ha els qui consideren que la mesura no és efectiva per a protegir les víctimes atès que els delictes sexuals, igual com la violència de gènere, no tenen una causa física, sinó ideològica: idees de dominació i subordinació, problemes de convivència social i d'acceptació de les normes imposades... Per això sostenen que amb les solucions de caràcter fisiològic no n'hi ha prou.

Malgrat la controvèrsia que suscita aquest problema i la seva difícil resolució és molt important que continuï viu el debat social i figuri també en l'agenda política. És clar que és irresponsable i injust deixar en llibertat un agressor sexual no rehabilitat perquè s'exposa a la societat a nous delictes sexuals, però també és irresponsable i injust atemptar contra la seva dignitat, perquè la dignitat ontològica no es perd mai. Amb tot, caldrà seguir reflexionant i confiar en la creativitat intel·lectual de juristes i polítics per a trobar solucions que permetin l'equilibri entre el respecte a la ciutadania i el respecte a la dignitat de l'agressor potencial.

(ve de pàg. 1)

generats per la pròpia concepció de la malaltia mental, pel que fa als seus límits i característiques específiques.

Gran part de la pràctica psiquiàtrica i psicològica, en l'actualitat ve marcada per una veritable “*compulsió al diagnòstic*”: un diagnòstic basat gairebé exclusivament en proves empíriques quantificables, tecnificat per la introducció de mentalitats i suports algorítmics i probabilístics. Un diagnòstic en el qual, en definitiva, s'ignora o se simplifica la recerca d'estructures psicopatològiques subjacents i en el què, en conseqüència, s'evita la relació amb el pacient i s'anul·len les possibilitats d'un autèntic coneixement clínic del que és individual, relacional i subjectiu. En altres paraules, un diagnòstic en el què es minimitzen o s'exclouen els valors implícits en la persona. Aquest tipus de diagnòstic acaba sent l'intermediari amb el qual, a partir de llavors, el psiquiatra estructurarà la seva relació... quan el diagnòstic s'hauria d'estructurar a través de la relació, a través de dues subjectivitats trobades (psiquiatra-pacient). Sempre com un procés obert, és a dir, tenint en compte la plasticitat diagnòstica, i més encara quan l'objecte de treball és el nen o l'adolescent.

Són molts els casos en que el diagnòstic psiquiàtric deixa de ser un instrument utilitzat per a arribar a un fi (el tractament), i es converteix en un fi en sí mateix; llavors es vulgaritza i amb ell s'intenta donar respostes tranquil·litzadores davant fets que depassen sovint l'àmbit de la psiquiatria. Va ocupant així, cada vegada més, l'espai del que és quotidià, del que

és social, del que és legal, atorgant a la psiquiatria una funció de control social que no li correspon. Com a curiositat, n'hi ha prou en assenyalar el fort creixement d'entitats diagnòstiques en psiquiatria, ja que en l'actualitat, en el DSM-IV, ja hi ha catalogats 374 trastorns mentals, mentre que en la seva primera publicació de 1952 (DSM-I) comptava tot just amb 112 trastorns.

■  
*Són molts els casos en  
que el diagnòstic psiquiàtric  
deixa de ser un instrument  
utilitzat per a arribar a un fi  
(el tractament), i es converteix  
en un fi en sí mateix*  
■

El diagnòstic psiquiàtric s'organitza al voltant de dos eixos epistemològics diferents. El primer intenta cenyir-se al màxim al model clàssic mèdic (positivisme), que serveix per a la comprensió de la patologia orgànica. El segon per a construir models comprensius que salvin la dificultat principal de la psiquiatria: “*l'objectivació del que és subjectiu*”, tret principal d'una ciència en la qual la naturalesa del subjecte i del l'objecte observat són iguals, és a dir, la naturalesa humana, i que en el cas dels nens i adolescents es complica pel fet de ser individus en desenvolupament.

La psiquiatria, hereva del model científic de la medicina, ha estat basada en la dicotomia radical entre el que és normal i el que és patològic, i en el plantejament d'interrogants com ara:

\* fins a quin punt el dolor, el perill, el temor, l'ansietat, el conflicte, són normals, beneficiosos o fins i tot necessaris?

\* a partir de quin punt són anormals o perjudicials, i en quina

mesura conductes sobreadaptades, operatives, eficients i normatives es poden catalogar com a normals?

El diagnòstic psiquiàtric, més enllà de ser un acte epistemològic i social, té característiques inherents de necessitat, ja que pot aparèixer com allò que resol o evita problemes humans complexos: ordena el caos, proporciona certes científiques aparents i substitueix el judici moral per la claredat de la “*veritat mèdica*”, tranquil·litzant consciències. Són possibles els conflictes ètics per aplicació inadequada o descontextualitzada: bé perquè s'utilitza el diagnòstic psiquiàtric per a explicar conductes rebutjades o inadequades fora d'un context de malaltia, limitant-se a donar explicacions o justificacions de les conductes, a partir de diferents sistemes teòrics i sense una evidència científica adequada; bé reclassificant com a “malalties” conductes desviades, sense establir amb una base provada els límits del diagnòstic, ni les pautes d'actuació o intervenint sobre subjectes “*indesitjables*” o associats, mitjançant tècniques de contenció social que pertanyen a la psiquiatria (internaments forçosos, contenció, tractaments psicofarmacològics), etc., recollint dos aspectes doblement “*nocius*” inherents al diagnòstic psiquiàtric: l'exclusió i deshumanització i la desacreditació i el càstig.

El problema ètic fonamental del diagnòstic radica en el fet que intervé en la seva realització la voluntat humana i que és un acte susceptible de causar tant un mal com un benefici a la persona. Al ser possible fer-ne un “*mal ús*”, és a dir, una mala aplicació (conscient o no) de categories diagnòsti-

ques a qui no li corresponen, es poden posar de manifest riscos tals com la pèrdua de la llibertat personal, la subjecció a entorns o tractaments psiquiàtrics amb potencial nociu, l'“etiquetatge” o estigmatització irreversible o duradora i en conseqüència tot un seguit de desavantatges socials i legals per a la persona. No obstant això, els biaixos en el procés diagnòstic depenen més de l'orientació i formació teòrica del professional i de determinades característiques de la seva personalitat, que dels instruments diagnòstics en sí mateixos. Hi ha proves que indiquen que davant un diagnòstic dubtós, freqüent en psiquiatria, el psiquiatra tendeix a diagnosticar trastorns pels quals es disposa d'un tractament farmacològic de plena actualitat.

■  
*El problema ètic  
fonamental del diagnòstic  
radica en el fet que intervé en  
la seva realització  
la voluntat humana i que  
és un acte susceptible de  
causar tant un mal com  
un benefici a la persona*  
■

Willian Osler definia la medicina com “la ciència de la incertesa i l'art de la probabilitat”. Només els ordinadors i els psiquiatres inexperts arriben amb facilitat a formulacions diagnòstiques definitives, ja que els clínics experimentats construeixen sempre els seus diagnòstics com hipòtesis en revisió contínua. La incertesa diagnòstica és una forma de dubte científic que no està renyida amb la fermesa necessària per a instaurar un tractament o mantenir el curs terapèutic. Si el judici diagnòstic depèn de la valoració d'in-

formació sovint contradictòria o insuficient, la decisió diagnòstica requereix el compromís d'un estil d'acció, de la presa de decisions racionals en condicions d'incertesa.

La clau d'aquestes consideracions és el concepte de **probabilitat**. La tendència actual cap a l'automatització del diagnòstic psiquiàtric afavoreix l'aplicació directa de la probabilitat estadística, el que presenta dos greus inconvenients: d'una banda la “*mediocritat*” del diagnòstic, l'aplicació dels barems a la presa de decisions, fa que es desdibuixin els casos extrems, provocant el risc de la proliferació de clínics mediocres, que encerten només en el més obvi i s'equivoquen sistemàticament en el més difícil. I d'altra banda l'estancament del pensament mèdic, al promocionar-se el fet d'encaixar el diagnòstic entre decisions programades i observacions superficials, en detriment del raonament causal sobre l'encadenament dels processos que rau en determinada condició.

En la pràctica l'acte diagnòstic no busca solament encertar, sinó que inclou també consideracions sobre les seves conseqüències. Segons la naturalesa d'aquestes, el clínic tendeix a preferir determinar diagnòstic, introduint així un biaix que influeix en la seva decisió final: es tracta de l'anomenada “*utilitat subjectiva estimada*”. De cada diagnòstic se segueix una cadena de conseqüències per al pacient, la principal de les quals és el tractament a que serà sotmès. Segons aquesta consideració, el millor diagnòstic, en cas de dubte, és el que millor encaixi probabilitat i utilitat. Sobre aquest criteri utilitarista s'edifica una ètica meta-

diagnòstica, basada en una actitud gairebé exclusivament beneficent, que posa l'accent en escollir aquella aplicació que té la major probabilitat de ser beneficiosa per al pacient.

El procés diagnòstic en la psiquiatria del nen i de l'adolescent troba nombrosos obstacles: les divergències teòriques i culturals i fins i tot ideològiques, que graven ja excessivament en el camp del adult, s'agreuïen per les particularitats d'una patologia infantil, que es caracteritza per la seva dependència, les seves pròpies expressions, la importància de les relacions amb l'entorn i la seva plasticitat, ja que fonamentalment tracta sobre un ésser en desenvolupament. La localització nosogràfica ha de limitar-se (i aquest límit és la seva virtut) a situar al nen en una fase de la seva història, sense que el seu destí es fixi de manera irremediable; d'aquesta manera ens podrem situar en un punt de vista dialèctic i relacional.

■  
*La postura del psiquiatra  
infantil, implicat en  
el diagnòstic de problemes de  
comportament en el context  
de conductes desviades  
i problemàtiques,  
comporta sens dubte  
una càrrega ètica*  
■

L'acte d'adjudicar un diagnòstic s'ha qüestionat èticament. La postura del psiquiatra infantil, implicat en el diagnòstic de problemes de comportament en el context de conductes desviades i problemàtiques, comporta sens dubte una càrrega ètica. Molts sostenen que la tasca dels professionals de la salut mental, a l'enfrontar-se a l'inconformisme i a la desviació,



suposa no només una adequada avaluació individual, sinó també la valoració exhaustiva de l'ambient en el qual el nen, aparentment i potser només aparentment, està creant dificultats. L'avaluació d'un nen amb una conducta escolar disruptiva, per exemple, hauria d'incorporar la valoració dels mètodes d'ensenyament i dels mitjans implementats amb objectius de control a l'aula.

Hem d'entendre que l'adjudicació de diagnòstics és tant una qüestió pragmàtica com també ètica, i en el cas dels nens podem trobar efectes negatius com l'estigmatització diagnòstica, que donen lloc a diagnòstics inadequats, repercutint negativament sobre les oportunitats del nen. Encara que, per altra banda, podem trobar efectes positius, com és el fet de poder utilitzar recursos adequats, per exemple en el cas dels nens amb autisme, un cop fet aquest diagnòstic.

Tota activitat humana i tot coneixement estan compromesos amb valors i no podem declarar-nos neutrals davant d'ells, encara que des del reduccionisme científic s'hagi definit la ciència com a "lliure de valors". És interessant l'alternativa que es troba en l'expressió "*medicina dialògica*" que emprava Juan Rof Carballo, entesa com una conseqüència d'aquesta antítesi en què es mou tot psiquiatra entre les exigències del saber científic, d'una banda, i l'experiència particular que aporta cada malalt amb les seves característiques personals, per l'altra. En altres paraules, seria equiparable al que en l'actualitat s'anomena "*model de fets i valors*", i que planteja la innecessarietat d'optar entre uns i altres, o dit d'una altra

manera, la necessitat de fer-los complementaris, situant en peu d'igualtat els fets amb els valors i donant major profunditat a la reflexió sobre els processos patològics i les malalties.

Cal tenir en compte que les consideracions ètiques més fonamentals (i, en conseqüència, les més serioses) en la psiquiatria, sorgeixen a partir de la prerrogativa del diagnòstic. Tota activitat diagnòstica, més enllà de la seva tecnificació, duu implícita una relació interpersonal asimètrica, que ha d'estar reglada per uns principis ètics elementals i prescriptius (Beauchamp, 1978): *autonomia, beneficència, no maleficència i justícia*, però en estreta relació amb altres tres principis descriptius afegits (Kemp, 1998): *dignitat, integritat i vulnerabilitat*. Ara bé, cal introduir unes dimensions complementàries: d'una banda la responsabilitat ètica, responsabilitat que s'ha d'exercir en tots els dominis del saber i que és definida com "*el deure de cuidar i preocupar-se de l'altre vulnerable*" (Torralba 2002), ja que si no és així la decisió i els objectius del professional que realitza una activitat diagnòstica poden ser irresponsables i altament nocius. I finalment, una altra dimensió fonamental és el *discerniment* (Popper), que inclou l'habilitat per a realitzar judicis i arribar a decisions sense estar indegudament influenciat per consideracions, temors o vincles emocionals estranys.

SABEL GABALDÓN

CAP DE SECCIÓ DE PSIQUIATRIA  
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- BARCELONA  
MÀSTER EN BIOÈTICA

#### Cites bibliogràfiques:

✓ Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. *Principios de ética biomédica*. Masson. Barcelona, 1999.

✓ Bloch, S. Chodoff, P. Green, S. *La ética en psiquiatría*. Tricastela. Madrid, 2001.

✓ Craven-Bartle, J. Forcada, J. M. Monés, J. *Contribució de Popper a l'ètica mèdica: com aprendre dels errors*. Annals de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Vol. 86, nº 1, Marzo 2003.

✓ Gabaldón, S. *El diagnóstico en psiquiatría: aspectos éticos y epistemológicos*. Ensayos de Bioética - 4, Fundación Mapfre - Institut Borja de Bioètica. Madrid, 2005.

✓ González de Rivera, J. L. *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. Psiquis, 1996; 17(6):263-268.

✓ Kemp P.; Dahl Rendtorff J., *Basic Ethical Principles in european bioethics and biolaw*. Vol. I: *Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Institut Borja de Bioètica. Barcelona, 2000.

✓ Lázaro, J. *De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica*. Archivos de Psiquiatría, (supl. 3): 5-26. 2000.

✓ Lipovetsky, G. *El crepúsculo del deber*. Anagrama. Barcelona, 1994.

✓ Lipovetsky, G. *Los tiempos hipermodernos*. Anagrama. Barcelona, 2006.

✓ Pruyser, W. *Diagnosis and the difference it makes*. Menninger Foundation, New York, 1976.

✓ Rof Carballo, J. *Urdimbre afectiva y enfermedad. Introducción a una medicina dialógica*. Labor (2ª ed.), Barcelona 1999.

✓ Santander, F. *Ética y praxis psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.

✓ Torralba i Roselló, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Fundación Mapfre Medicina- Institut Borja de Bioètica. Madrid, 2002.

## Límits del consentiment en les persones amb trastorn mental greu: el «tractament involuntari»

És ben sabut que qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada, havent estat informada prèviament en forma suficient i adequada, doni el seu consentiment específic i lliure. Aquest és, sens dubte, el valor primordial sobre el que avui descansa la relació clínica i constitueix la norma legal fonamental del dret sanitari. Així doncs, la presa de decisions en la clínica assistencial és el fruit, entre altres factors, de la relació entre el criteri expert dels professionals sanitaris i l'acceptació per part dels malalts o dels seus representants.

*Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada, havent estat informada prèviament de forma suficient i adequada, doni el seu consentiment específic i lliure*

D'aquesta capacitat concreta de les persones per participar en les decisions sobre la salut i la pròpia vida en diem *competència mental*, i en l'àmbit sanitari, la definim com la capacitat de rebre, comprendre i retenir la informació rellevant sobre la pròpia situació clínica, podent escollir entre les opcions possibles i les seves alternatives de manera racional i d'acord amb els propis valors personals. En la pràctica, l'existència d'aquesta capacitat és la que dóna legitimitat al pacient per consen-

tir o refusar les mesures terapèutiques que els experts proposen.

La naturalesa de moltes malalties mentals greus, per exemple l'esquizofrènia o la depressió major, fa que evolucionin de manera erràtica o per episodis. Les fases de compensació i recuperació poden ser llargues. A diferència d'un malalt demenciat o una persona amb discapacitat intel·lectual, el malalt mental no sempre està instal·lat en el seu dèficit o en la seva malaltia. S'ha de tenir present que la majoria dels trastorns psiquiàtrics presenten una evolució irregular i canviant, que comporta freqüents modificacions de l'estat mental dels pacients, tant en el sentit d'una major patologia o discapacitat, com al contrari, de millor equilibri i recuperació. Factors com ara la particular personalitat del subjecte, el tipus de malaltia, el nivell d'adaptació assolit abans de l'aparició del trastorn, el context familiar i social concret, el tipus de tractament rebut i el moment en què es va iniciar, poden modificar de manera significativa l'evolució i el pronòstic de les persones que pateixen trastorns mentals greus, i per tant, les seves capacitats concretes respecte a l'exercici de la pròpia autodeterminació.

Aquesta visió és, en si mateixa, vàlida per a tots els casos, independentment de la gravetat o del grau de discapacitat d'una persona en concret i comporta dues conseqüències immediates per a tots els professionals de la salut mental: la *primera*, que sempre

que un pacient tingui la capacitat de decidir de manera responsable, ha de poder-ho fer fins i tot malgrat els fracassos anteriors. I la *segona*, que quan no és possible una decisió responsable per causa d'un estat psíquic greument patològic, el benefici per a la seva salut és el valor fonamental. Els professionals de la salut mental es troben amb molta freqüència en aquests dilemes que posen al límit, no només la seva expertesa, sinó també els seus propis valors personals. Per això parlem sovint de la psiquiatria com una pràctica basada en fets i valors.

*A diferència d'un malalt demenciat o una persona amb discapacitat intel·lectual, el malalt mental no sempre està instal·lat en el seu dèficit o en la seva malaltia*

En les guies de bona pràctica per a la correcta decisió en aquests conflictes de valors, els arguments més importants són (1):

➤ En l'exercici clínic és inexcusable partir sempre de la premissa segons la qual, en principi, la competència se li suposa a qualsevol pacient adult o menor madur.

➤ El diagnòstic psiquiàtric no pressuposa en sí mateix un grau o nivell de competència mental. Cal una exploració acurada de la capacitat del pacient per a cada moment i per a cada decisió.

Les decisions no són totes de la mateixa rellevància. Una decisió que comporti riscos greus i pocs beneficis requerirà una capacitat plena per part del pacient. Pel contrari, una decisió que comporti clars beneficis amb escassos riscos requerirà un estàndard de competència menor. Per tant, la competència del pacient per consentir s'ha de verificar per a cada forma i curs de tractament indicat. Així ho recull el *Conveni Europeu sobre els Drets Humans i la Biomedicina* (1997) quan recomana la necessitat de demanar el consentiment per a les actuacions terapèutiques concretes fins i tot en el context d'un ingrés no voluntari.

En l'activitat psiquiàtrica, cal considerar contínuament la reversibilitat dels dèficits de competència, en funció de la reversibilitat del propi trastorn que els provoca. En aquests casos el deure professional és el de procurar restablir tan aviat com es pugui els nivells màxims de la seva capacitat decisòria.

### L'ingrés involuntari

En el Conveni Europeu esmentat, el tractament no voluntari d'una persona no competent per consentir només està justificat en base al principi de protecció de la salut de l'individu i per tant, a una necessitat sanitària (2).

Les garanties jurídiques de la situació d'ingrés no voluntari estan perfectament definides en la legislació vigent. Impliquen l'obligatorietat de que l'afectat sigui vist per un jutge (normalment amb el metge forense), i que, un cop escoltat el Ministeri Fiscal i qual-

sevol altra persona que el jutge o l'afectat determinin, el jutge resolgui o no l'autorització per a l'ingrés (3). En un estudi recent de dret comparat referit als països de la UE, s'ha mostrat l'extraordinària diversitat existent en les normes que regulen aquesta important excepció al principi del consentiment informat (4,5).

En l'àmbit de l'assistència psiquiàtrica entenem per ingrés no voluntari, aquell que, indicat per un metge i sota el control previ o posterior d'un jutge, es basa estrictament en la necessitat de salut d'un pacient que no té la competència mental necessària per a prestar un consentiment responsable (1).

Així doncs, els criteris per a un ingrés no voluntari serien:

□ Existència d'un trastorn mental que impliqui un risc greu per a la integritat física, la salut, la vida familiar o relacional, o els interessos en general de la pròpia persona.

□ En la situació actual, l'estat mental del pacient no li permet tenir la competència necessària per prendre una decisió responsable i conforme als seus propis interessos.

□ Segons els coneixements disponibles, la mesura d'hospitalització és raonablement més efectiva i beneficiosa pel pacient que qualsevol altra alternativa terapèutica menys restrictiva.

Aquests criteris són especialment aplicables a situacions agudes. En aquestes, el diagnòstic sindròmic ens dona informació sobre l'estat mental actual del pacient, que, juntament amb una avaluació sobre els riscos i sobre l'efectivitat de la

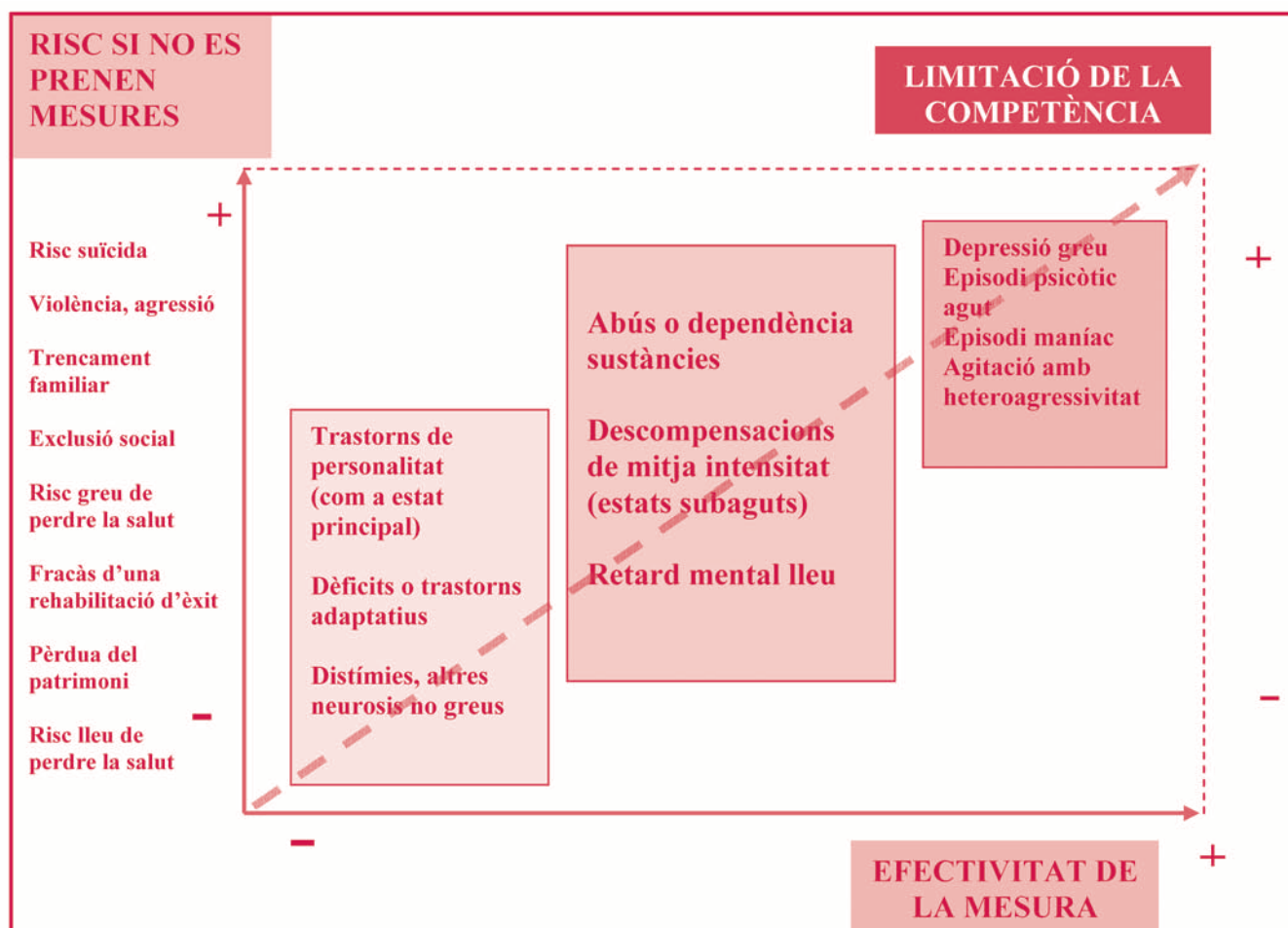
mesura d'hospitalització, permet una aproximació força ajustada sobre el tipus d'internament més recomanable. Aquesta és la base de coneixement necessària per establir protocols assistencials que millorin l'heterogeneïtat actual entre els clínics.

En el **gràfic que es mostra en la pàgina següent**, es veu clarament que risc i efectivitat són màxims en la clínica de depressió greu, episodi psicòtic agut, episodi maníac o agitació amb auto o heteroagressivitat, independentment de quin sigui el trastorn que causa el quadre clínic. En aquestes condicions en les que el risc és greu i les mesures terapèutiques són molt efectives, els arguments que hauria de donar un pacient per a poder rebutjar el tractament, haurien de ser molt clars i convincents, justament quan l'estat mental està més alterat. El principi del consentiment aplicat a un cas així atemptaria contra la dignitat humana del pacient i, per tant, contra el principi de responsabilitat dels professionals.

Pel contrari, hi ha situacions de poc risc i amb una competència mental conservada en les que l'hospitalització de curta durada és poc efectiva. En aquests casos l'hospitalització hauria de ser pactada entre el pacient i el psiquiatre en base a un contracte terapèutic lliurement consentit.

En situacions intermèdies es trobarien altres estats patològics que admeten incorporar criteris complementaris, per exemple, examinar la història clínica del pacient si ha estat en altres establiments o hospitals diferents de l'actual, o introduir en el diàleg amb el pacient, criteris de competència més mòbils.

Gràfic sobre l'hospitalització d'aguts  
*Estat clínic i relació entre risc de no fer efectiva la mesura i  
 l'efectivitat terapèutica en la disminució de la competència mental (6)*



### La figura controvertida del tractament ambulatori forçós

En els darrers anys, i mentre assistim a un descens espectacular de llits psiquiàtrics a tota Europa, a països com Alemanya o Regne Unit s'han anat incrementant poderosament el nombre d'ingressos involuntaris i de llits de psiquiatria forense (7). Alhora, es produeix un clar increment dels tractaments a la comunitat, el que fa que molts pacients, que abans haurien ocupat una plaça en un centre psiquiàtric de llarga estada, es trobin ara vivint a casa, a càrrec

dels pares, o a places residencials protegides.

*Ha sorgit el debat a molts països del nostre entorn, i també a Espanya, sobre la conveniència d'instaurar la figura del tractament ambulatori forçós*

Aquesta situació no està del tot resolta i es fa evident que els cuidadors no gaudeixen de les garanties mínimes d'atenció i suport per part dels serveis públics especialitzats, per tal de disminuir o evitar els riscos que aquesta situa-

ció sovint comporta.

És per tot això que ha sorgit el debat a molts països del nostre entorn, i també aquí, sobre la conveniència d'instaurar la figura del tractament ambulatori forçós. Com en el cas de l'ingrés involuntari, la situació és desigual a la Unió Europea, i només Bèlgica, Luxemburg, Portugal i Suècia ho tenen previst de manera explícita en les seves legislacions (4). Un dels models de referència en el debat ha estat l'anomenada "Llei Kendra", impulsada per l'Oficina de Salut mental de l'Estat de Nova York (8).

A l'estat espanyol la Confede-



ración Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborat una proposta de reforma de l'article 763 de la "Llei d'Enjudiciament Civil", per tal de regular els tractaments no voluntaris de les persones amb trastorns mentals greus **(veure cita al final de l'article)**.

Aquesta figura podria millorar l'adherència al tractament de molts pacients de risc sense necessitat d'ingrés forçós o fins i tot disminuir el nombre d'aquests ingressos, i alhora implicaria a més sectors socials en un dels problemes més urgents avui de la psiquiatria comunitària. Tot i així, han sorgit molts opositors entre professionals i els propis afectats, que consideren que el tractament involuntari té la pretensió de compensar la manca de serveis apropiats i eficaços, que deteriora la relació terapèutica i que podria "criminalitzar" el pacient a través de les actuacions policials que se'n derivarien de la seva execució (9).

Lamentablement el debat s'ha plantejat, en el cas espanyol, sobre una excessiva base ideològica, simplificant les posicions entre una suposada adscripció de dretes o d'esquerres, o enfrontant els afectats familiars amb els afectats pacients. El sector professional s'ha manifestat igualment dividit en aquesta qüestió.

En la meua opinió, moltes de les crítiques que s'han fet a la proposta confonen les prioritats argumentals posant per davant raonaments basats en la sospita (així els serveis no milloraran, es poden cometre abusos, etc..) o categoritzen amb connotacions penals el que no deixa de ser un component més i en la pràctica força limitat (el control judicial), per coadjuvar en

les estratègies, sovint extremadament complexes, de la recuperació d'un pacient de risc que es nega reiteradament al tractament. I això, en l'època de màxim desenvolupament de la psiquiatria comunitària, on teòricament estem tractant d'evitar els internaments així com les conductes de risc per al propi pacient o per a altres que, cada cop més, presenten alguns malalts mentals greus.

■  
*A l'estat espanyol la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) ha elaborat una proposta de reforma de l'article 763 de la LEC, per tal de regular els tractaments no voluntaris de les persones amb trastorns mentals greus*  
■

Sorpren que moltes d'aquestes argumentacions no tinguin prou en compte l'estat del coneixement expert actual, segons el qual sabem que la mitjana de temps, per a un malalt esquizofrènic, que es triga a iniciar un tractament sostingut, és de més de 6 anys, quan ja el pronòstic de la malaltia és nefast. És cert que els serveis i les actituds dels professionals han de millorar molt, però la pressió social estigmatitzadora, les condicions socials i familiars de molts casos i l'impacte de la malaltia en la pròpia imatge i autoestima seguiran alimentant la negació de la malaltia en molts pacients, fins i tot en la millor organització assistencial.

Des de la Conselleria de Salut de Catalunya es va organitzar el març de 2005 una trobada, amb metodologia de consens, amb tots els representants involucrats dels dife-

rents sectors. Malgrat les diferents sensibilitats es va acceptar que alguns pacients podrien beneficiar-se d'aquesta mesura. Els requisits que aquesta ha de complir són:

❑ Que s'apliqui només en situacions d'excepcionalitat, fonamentades en el principi de benefici per la persona, un cop esgotades totes les possibilitats d'establir aliances terapèutiques.

❑ Que es tracti de situacions en que la gravetat psicopatològica representa un risc greu per a la persona i limita clarament la seva competència per a decidir en el seu millor benefici.

❑ Que la mesura proposada tingui una efectivitat contrastada i aporti clarament més beneficis que riscos.

❑ Que l'aplicació sigui puntual i limitada en el temps.

❑ Que no s'apliqui mai com una alternativa a la manca de serveis sanitaris i socials.

Les mesures coercitives són i han estat una constant en la pràctica psiquiàtrica, però hi ha una radical diferència entre el passat i el present. Avui la coerció només té sentit si:

➤ És una condició necessària per a l'aplicació d'un tractament efectiu.

➤ Sense el qual els riscos pel pacient i per a tercers siguin greus.

➤ El pacient no té la competència mental necessària per discernir.

➤ Es realitza honestament tenint en compte la dignitat de la persona.

Aquests valors ètics ja formen part de les normes legals de tots els estats de dret, però per tal que siguin una realitat més enllà de la norma, requereixen, per sobre de tot, professionals compromesos, sensibles i formats, que siguin capaçs d'entendre la seva feina com una aportació essencial per a la recuperació de l'autonomia i dels plens drets de ciutadania de moltes de les persones afectades per trastorns psiquiàtrics greus.

JOSEP RAMOS

PSIQUIATRE  
DIRECTOR DE PLANIFICACIÓ I  
COORDINACIÓ ASSISTENCIAL DE SJD,  
SERVEIS DE SALUT MENTAL  
MÀSTER EN BIOÈTICA

#### Cita en el text

En relació a la regulació jurídica del tractament forçós ambulatori, la proposta inicial, que citem a continuació -modificació de la LEC-, està essent canviada significativament en l'actualitat -projecte de Llei de Jurisdicció Voluntària-, i potser en un sentit que podria no ser tant curós o garantista.

☛ Proposta de modificació de l'art. 763-5 LEC:

*«Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.*

*En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar,*

*modificar o cesar el tratamiento.*

*El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses.*

☛ Proposta del projecte de «Llei de Jurisdicció Voluntària», que es troba en fase de discussió parlamentària. Recull en el seu capítol IX quatre articles sobre «Autorització judicial dels tractaments no voluntaris de les persones amb trastorn psíquic», exposant com a idees bàsiques les següents:

✓ *Podrán promover el expediente el cónyuge o persona en situación asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos, tutores, curadores o titulares de patria potestad, así como el facultativo o responsable de salud del centro donde esté adscrito el paciente.*

✓ *La propuesta deberá razonarse, dándose audiencia al paciente, al solicitante, al Mº Fiscal y al médico forense, en orden a determinar la falta de capacidad para decidir del paciente, su situación clínica y la necesidad de tratamiento a seguir.*

✓ *El Juez resolverá concretando el plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico a seguir por el paciente, bajo supervisión judicial periódica y demás mecanismos de control que se estimen adecuados, pudiendo revisarse la situación del paciente en cualquier momento, por indicación facultativa.*

#### Bibliografia:

1.- Guia per a l'internament involuntari i les mesures restrictives en Psiquiatria. Comitè de Bioètica de Catalunya. Direcció General de recursos sanitaris. Conselleria de Salut. Generalitat de Catalunya (2002).

2.- Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la Biologia i la Medicina. Consell d'Europa (ratificat per Espanya i en vigor des de 1er de gener de 2000).

3.- Art. 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil (LEC) i Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

4.- *Compulsory Admission and Involuntary treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Members States /Research Project.* European Commission. Mannheim, 2002.

5.- Projecte EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice), 2003-2007.

6.- Protocol sobre internament involuntari. Sant Joan de Déu, serveis de salut mental (1999).

7.- Knap, Martin. *Desinstitucionalització: barreres econòmiques i oportunitats.* MHEEN Meeting, London School of Economics. July, 2002.

8.- *Resumen: Una explicación de la Ley Kendra.* Preparado por la Oficina Legal de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, OMH. Noviembre de 1999.

9.- Documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatria sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatria en su reunión de fecha 28-29 de enero de 2005 en Madrid.

## La biblioteca de l'IBB

### En aquest número presentem una selecció de monografies relacionades amb la temàtica de salut mental

- ❖ Ayuso Gutiérrez, José Luis [dir.]. *10 palabras clave en psiquiatría*. Estella (Navarra) Verbo Divino, 1997.
- ❖ Bayés Sopena, Ramón. *El reloj emocional: La gestión del tiempo interior*. Barcelona: Alienta, 2007.
- ❖ Boada, Mercé; Robles, Alfredo [ed.]. «Documento Sitges»: *Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia*. Barcelona : Glosa, 2005.
- ❖ Carmi, A., Moussaoui, D., Arboleda-Florez, J. *Teaching ethics in psychiatry: Case-vignettes. Haifa, Israel: UNESCO Chair in Bioethics Office, the University of Haifa, Israel*. 2005.
- ❖ Gandara Martín, J. J. de la. *Casos clínicos de residentes en psiquiatría 5*. Madrid : GlaxoSmithKline, 2003.
- ❖ García Férez, José. *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*. Madrid : Desclée de Brouwer, 2005.
- ❖ *I Jornadas de Ética y Derecho en Psiquiatría*. Esplugues de Llobregat (Barcelona) 2-3/10/2003.
- ❖ Janssen, Thierry. *La solución está en ti : Descubre el poder y la memoria emocional de tu cuerpo*. Madrid: Martínez Roca, 2007.
- ❖ Jiménez Morales, Mònika. *De l'estereotip adult a la realitat preadolescent. Influència del discurs audiovisual publicitari en els trastorns del comportament alimentari en nens i nenes de 8 a 12 anys*. Barcelona: Departament de Periodisme i de Comunicació Audiovisual. Universitat Pompeu Fabra, 2006.
- ❖ *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Sí a la atención, no a la exclusión*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006.
- ❖ Medina León, Antonio; Moreno Díaz, M<sup>a</sup> José; Lillo roldán, Rafael (eds.). *Trato indigno: Encuentros jurídicos- Psiquiátricos*. Badalona: Atrium, 2005.
- ❖ Montejo González, A. L. [coord.]. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona : Glosa, 2005.
- ❖ Montejo González, Ángel Luis. *Sexualidad, Psiquiatría y Cultura*. Barcelona: Glosa, 2005.
- ❖ Müller-Blaser, Yvonne. *Demenz und Ethik: eine besondere Herausforderung*. Basel (Switzerland) Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik, 2007.
- ❖ *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
- ❖ *Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico: Documento de orientaciones*. Madrid: Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2000.
- ❖ *Personas con discapacidad intelectual: manual de educación afectivo-sexual*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007.
- ❖ Serra, Jaume [coord.]. *Trastorns del comportament alimentari: Guia per a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003.

L'Institut recorda a tots els lectors que el contingut de la seva biblioteca i centre de documentació, amb més de 13.000 monografies i 200 revistes nacionals i estrangeres, es pot consultar "on line" a través de la nostra pàgina web: [www.ibbioetica.org](http://www.ibbioetica.org)

## La competència del menor: un tema pendent...

**E**l present número de “*bioètica & debat*” l’hem volgut dedicar als temes de salut mental i a algunes de les qüestions ètiques que s’hi plantegen, tot i que n’han quedat moltes de pendents, per manca d’espai. Entre elles, ens agradaria haver tractat la difícil problemàtica dels menors d’edat i les dificultats que, en el context assistencial, planteja l’abordatge de la patologia mental en joves i adolescents.

Em permeto fer aquest esment aquí, ja que malgrat no aprofundirem en la temàtica de salut mental del jove i l’adolescent, si que voldria recollir, per la seva oportunitat, un breu comentari a una recent resolució judicial que analitza el tema de la competència dels menors en l’àmbit de la salut. Es tracta de la Sentència del Jutjat nº 12 del Contenciós-Administratiu de Barcelona, que es pronuncia sobre la impugnació de dos articles del Codi Deontològic del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Aquests dos articles es posicionen sobre el respecte del dret dels menors a la confidencialitat de la informació sobre la seva salut, quan tenen maduresa suficient, i al dret a la presa de decisions, fins i tot quan aquesta pot ser confrontada amb l’opinió dels seus pares, en temes de tanta transcendència personal com un avortament o una esterilització. Cal tenir present que aquests drets tenen la seva base jurídica en la *Llei 21/2000 de Catalunya sobre autonomia i drets dels pacients* i la *Llei 41/2002 bàsica estatal sobre la mateixa temàtica*, a més d’altra

Un jutge veta que el metge visiti adolescents sense ser-hi els pares. La sentència del Jutjat del Contenciós núm. 12 de Barcelona anul·la els arts. 33 i 59 del Codi Deontològic dels metges de Catalunya.

El Periódico, 20 de setembre del 2007

*“Article 33: El metge, en cas de tractar a un menor d’edat i quan el consideri amb suficients condicions de maduresa, haurà de respectar la confidencialitat envers els pares o tutors i fer prevaler la voluntat del menor.”*

*Article 59: El metge no practicarà mai la interrupció de l’embaràs o esterilització sense el consentiment lliure i explícit del pacient, donat després d’una acurada informació, en especial quan aquest sigui menor, però amb capacitat per a comprendre allò que consent. Quan no hi hagi aquesta capacitat, caldrà el consentiment de les persones vinculades responsables.”*

normativa aplicable al tema com la *Llei de Protecció Jurídica del Menor*, la *Llei de Protecció de Dades Personals* o el mateix *Codi Penal* en la regulació sobre l’avortament.

La sentència, tot i que fa un repàs per les diferents disposicions normatives i jurisprudencials sobre els drets del menor, conclou finalment amb l’anul·lació dels arts. 33 i 59 basant-se essencialment en aquests dos arguments:

❖ **Primer argument:** La formulació dels arts. 33 i 59, defensors de la confidencialitat de la informació sanitària del menor madur i de la seva capacitat per a prendre decisions, va més enllà del que preveu la mateixa norma legal que sustenta aquest dret del menor, -*Llei 21/2000 i Llei 41/2002 bàsica estatal*-. Aquestes normes, en especial la llei bàsica, estableixen uns matisos i limitacions que la

norma deontològica no formula, en un redactat massa genèric, que parla de “*maduresa*” i no de “*capacitat emocional i intel·lectual*” -com fa la llei- i que afirma haver de respectar la decisió de la menor en el cas d’avortament, quan la *Llei 41/2002* n’exigeix la majoria d’edat.

En relació al tema de la maduresa, em sembla fora de lloc que el jutge pretengui exigir un redactat idèntic de la norma deontològica a la que recull la llei, quan el seu esperit és el mateix. Valorar la maduresa del menor implica precisament analitzar la seva capacitat intel·lectual i emocional per a una determinada decisió, i en aquest sentit deontologia i llei coincideixen. Incideix especialment en aquest punt la sentència, amb una expressió poc respectuosa amb la professió mèdica quan afirma que “*la decisió sobre la maduresa del menor queda en mans*



*del metge... en un moment de progressiva proletarització d'una part significativa de la professió... i de manca de relació continuada entre metge i pacient... que permeten el dubte sobre la capacitat del facultatiu de valorar la maduresa d'un menor...*". Continua dient que "el metge no és ningú per a valorar la maduresa del menor..." i que això no pot fer-ho sense la informació que haurien de compartir els pares. Crec que, malgrat tots els condicionants que envolten la pràctica assistencial, els professionals –metges i no metges– en general tenen elements i criteri per a fer aquesta valoració, en funció de la decisió a prendre per part del menor, doncs no oblidem que el tema de la competència és gradual (veure article anterior).

D'altra banda, la referència de l'art. 33 a preservar la confidencialitat del menor madur també es treu de context en la sentència quan l'equipara a una "prohibició del metge d'informar als pares" de forma automàtica davant l'assistència a un adolescent... No té en compte el jutge que la confidencialitat entre metge i menor madur s'establirà com a deure de preservar la informació quan sigui el menor qui demani aquesta confiança al metge, situació que no necessàriament s'ha de donar sempre i que, analitzant mínimament la realitat assistencial, podem veure que aquest tipus de demanda es dona quan el menor es troba davant decisions i situacions que afecten a la seva esfera més íntima i personal... segurament no davant d'intervencions de risc vital en que serà ell mateix qui demanarà el suport dels pares. No oblidem que, a més, és la Llei 41/2002 la que precisament disposa que

són només les "situacions de greu risc, a criteri del facultatiu..." aquelles en les que els pares hauran de ser informats i consultats el seu parer. Per tant, és la mateixa llei, i no la norma deontològica, qui deixa a criteri del metge la qualificació del risc i la necessitat d'informar, no establint tampoc un criteri generalitzat sinó excepcional.

Afirma encertadament la sentència que no és tasca del metge "dirimir conflictes entre pares i fills", i entenc que realment ho estaria fent si davant un menor que li demana confidencialitat sobre certa informació sanitària, per les raons que sigui, es limités a retenir-lo fins que compareguin els seus pares a demanar-los què en pensen... això sí que seria erigir-se en àrbitre de conflictes familiars. En la nostra societat el que cal és un plantejament general de com educuem als joves, quines responsabilitats assumeixen els pares i de quines abdiquen, fins quin punt les dinàmiques familiars i de vida han portat a un empobriment de la relació intrafamiliar de manera que els fills creixen com a persones a partir dels "inputs" de la televisió i internet, els entorns d'amistats i altres "agents" educatius com l'escola, però "orfes" de pares... i no focalitzar aquesta mancança en la tasca del metge quan atén a l'adolescent, que en definitiva es deu al seu pacient pensant en el millor benefici per a ell i la seva salut. El problema del desarrelament dels joves dels valors familiars, quan n'hi ha, no podem traslladar-lo a les consultes mèdiques.

Finalment, en relació a aquest primer argument, voldria fer una breu referència al tema de la interrupció de l'embaràs, ja que el Jut-

ge no para atenció en el fet que la Llei 41/2002, quan exigeix la majoria d'edat per a consentir en l'avortament, comet un error al passar per sobre d'una norma de rang superior com és la Llei Orgànica 9/1985 de reforma del Codi Penal que regula els supòsits de despenalització de l'avortament. El seu redactat no exigeix en cap moment els 18 anys per acollir-se a algun dels supòsits legals sinó que parla sempre de la "dona embarassada". Per tant una llei ordinària, de rang inferior com és la Llei 41/2002, no pot imposar un requisit més estricte que una llei orgànica. Entenc, doncs, que la decisió sobre la interrupció de l'embaràs s'ha de regir per la regulació del "menor madur" que disposa el seu art. 9.3 c), i en aquest sentit la norma deontològica 59 s'adaptaria plenament a la legalitat. Altra cosa és que no ens agradi aquesta dinàmica imparable d'avortaments en adolescents, i que com a societat ens plantejem que cal fer alguna cosa, més enllà potser de dispensar la píndola postcoital gratuïtament... però aquesta és una altra discussió que va molt més enllà del Codi Deontològic i que no resoldrem anul·lant dos dels seus articles.

D'altra banda, voldria remarcar que la referència d'aquesta norma 59 a les menors d'edat no pretén fomentar l'avortament en adolescents –realitat d'altra banda per tothom coneguda i que malgrat practicar-se al marge de la llei es tolera socialment sense intervenir ni l'autoritat judicial ni els polítics–, sinó que va en la línia de protegir a les menors embarassades davant decisions, en algun cas arbitràries, dels seus progenitors de sotmetre-les a un avortament o

a una esterilització contra la seva voluntat o sense comptar amb el seu parer. L'aplicació del criteri de la majoria d'edat sense tenir en compte a la menor suposaria atemptar contra la seva pròpia dignitat davant una qüestió tan delicada i personal com és la maternitat.

☛ **Segon argument:** Les disposicions dels arts. 33 i 59 van contra l'exercici de la pàtria potestat, en tant que *“la pàtria potestat s'ha d'interpretar no només com un seguit de deures tutelars sinó també con un dret dels pares sobre la seva descendència a projectar en els fills la seva pròpia personalitat, els valors, les creences i la cultura propis...”* desafortunada formulació de la sentència, al meu entendre, que accentua el menysteniment dels drets personals dels fills.

La sentència es mostra poc partidària de donar als joves certs àmbits de responsabilitat i decisió en reconeixement d'uns drets que tenen, en tant que ciutadans i persones humanes, en especial pel que fa a l'esfera més personal i íntima del seu ésser, tal com ho reconeixen des de la *Declaració Universal dels Drets Humans* i la *Declaració Universal dels Drets del Nen*, fins la *Llei espanyola de Protecció jurídica del Menor* o la *Llei de Protecció de Dades Personals*. Entenc que és deure i responsabilitat dels pares educar i ajudar a la formació dels fills en valors humans, vetllar pel seu màxim benestar i respectar el dret del menor a configurar-se com una personalitat pròpia, de forma integral i independent. Si partim de la base de que el fet de tenir fills suposa un **“dret”** dels pares a projectar sobre ells la pròpia personalitat, en comptes de

ser viscut com un acte de generositat i estimació incondicional, és que no tenim ben entès el que significa *ser i fer* de pare i mare.

Els pares ens hem de plantejar quin tipus de relació establim amb els nostres fills; si, malgrat les dificultats de certes etapes com l'adolescència, som capaços de connectar-hi i de crear espais de diàleg que els permetin, espontàniament, compartir amb nosaltres allò que els preocupa i que els fa patir... potser llavors podrem resoldre “amb ells” els problemes i no queixar-nos *“d'indefensió i dret a una segona opinió...”*, tal com reclama la sentència. Si pretenem deslligar-nos d'aquesta responsabilitat en la seva educació, no vulguem després reclamar uns drets com a pares que es concretin només en controlar i intervenir en tot allò que els afecta personalment, i que ells voluntàriament no volen compartir amb nosaltres, demanant confidencialitat dels professionals (sanitaris, pedagogs, etc.).

No és lícit carregar contra els metges que prou fan en la seva tasca diària de preservar la salut, aconsellar als adolescents i prevenir quan es pot, amb els mitjans de què disposen i sota la pressió assistencial amb la que treballen. Sovint aquest esforç permet que els joves confiïn en el sistema sanitari, acceptant la intervenció dels professionals en bé de la seva salut i rebent també consell de que quan realment hi ha un problema ho parlin a casa amb els pares... si després ho fan o no ja no és qüestió en la que el metge s'hi hagi de posar ja que estaria entrant en un terreny que no li correspon. Malmetrem tot aquest esforç si impossem a la força l'autoritat dels pa-

res en un mal entès exercici de la pàtria potestat.

Per tot plegat, entenc que la sentència comentada suposa un pas enrere en la consecució i concreció de drets en l'àmbit sanitari pel que fa als adolescents, seguint l'esperit del Conveni Europeu sobre Biomedicina i Drets Humans de 1997, i que les darreres lleis a Catalunya i a Espanya han definit. Alhora, desprestigia als metges i genera més desconfiança encara del col·lectiu en la pròpia deontologia professional, remetent-los al criteri judicial, malauradament sovint arbitrari i subjectiu, i que tant mal ha fet a la medicina convertint-la en “medicina defensiva”, en perjudici del seu caràcter humanitzador.

Confiem en què el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, revisi la sentència amb seny i criteri jurídic ajustat a dret, retornant les coses al seu lloc.

Per acabar, tinguem present que aquells metges a qui els drets del menor madur els generi un conflicte personal de valors, per confrontament entre el que ells consideren un deure moral vers als pares i el deure legal de respectar els drets dels menors, sempre poden recórrer a l'**objecció de consciència**, dret constitucional que també recull la seva norma deontològica. Objeció de consciència, però, que caldria exercir correctament renunciant a l'atenció a adolescents, manifestada amb antel·lació en el respectiu servei o centre, i no saltant-se els seus drets en el moment de la consulta...

NÚRIA TERRIBAS

JURISTA  
DIRECTORA  
INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA (URL)

## Mesures restrictives en l'hospitalització psiquiàtrica

**P** arlar, en ple segle XXI, de l'ús de mesures restrictives en una activitat sanitària (psiquiatria en aquest cas), d'entrada resulta un contrasentit, que ens remonta en l'imaginari col·lectiu a les èpoques més fosques de la psiquiatria, no tant llunyanes, en les que precisament eren aquestes mesures restrictives/coercitives el seu eix fonamental, arribant fins i tot a l'aïllament permanent de la persona com a mecanisme de protecció d'una societat indefensa davant el "boig", és a dir, davant una persona molt perillosa, capaç de qualsevol cosa i per tant incapaç de conviure i d'integrar-se en la dinàmica social del seu entorn. Tot plegat davant l'absència de tractaments farmacològics efectius, que es desenvolupen ben entrada la segona meitat del s. XX.

En l'última part del segle passat, es va regulant en els textos constitucionals de tots els països, sobretot del món occidental, la llibertat de la persona com a dret fonamental de la mateixa. En aquest cas la Constitució Espanyola (CE), consagra una protecció del dret a la llibertat individual a dos nivells:

- ❖ La **llibertat** té el caràcter de valor superior de l'ordenament jurídic.
- ❖ Es protegeix d'una manera especialment intensa la **llibertat física** de l'individu.

En l'exercici de l'activitat sanitària/assistencial, la CE no fa cap esment a la possibilitat dels trac-

taments sanitaris obligatoris, com sí passa a altres països del nostre entorn.

La llibertat individual del "malalt" és objecte d'atenció i regulació, per primera vegada, a Espanya, a la Llei General de Sanitat de 1986, on es recull amb la formulació següent: *"la lliure elecció del malalt entre diferents opcions terapèutiques, previ consentiment informat, excepte en casos en que la persona no es trobi capacitada per a prendre decisions o per raons d'urgència"*.

En l'actualitat la regulació i protecció de la llibertat de la persona en relació amb el sistema sanitari, està recollida en la Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica a Catalunya, i la Llei 41/2002 bàsica estatal de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. En ambdós textos legals, molt similars, es recull la importància que tenen els drets dels pacients com a eix bàsic de la relació clínica-assistencial. Entre ells es recullen com a **fonamentals** els següents principis:

- ❖ La dignitat de la persona, el respecte a l'autonomia de la seva voluntat i a la seva intimitat com a eixos principals de la seva relació amb el sistema sanitari i els seus professionals.

- ❖ Tota actuació en l'àmbit de la

sanitat requereix el previ consentiment del pacient o usuari.

- ❖ El pacient té dret a decidir lliurement.

- ❖ Tot pacient té dret a negar-se al tractament, excepte en els casos determinats per llei. La seva negativa al tractament constarà per escrit.

- ❖ Tot professional que intervé en l'activitat assistencial està obligat, no només a la correcta pràctica tècnica, sinó al compliment dels seus deures d'informació i respecte a les decisions adoptades lliure i voluntàriament pel pacient.

- ❖ Les persones que elaborin o tinguin accés a la informació i documentació clínica estan obligades a guardar-ne el secret.

En principi i en línees generals, l'atenció psiquiàtrica, inclosa dins del sistema sanitari general del país, s'hauria de regir per la legislació esmentada.

Però llavors, *què ens fa diferents? Per què en l'atenció psiquiàtrica es parla de l'ús de mesures restrictives?*

Justament el contrari del que promulguen clarament les lleis. En general, la llei no fa distincions entre les diferents especialitats dins l'atenció sanitària i, per tant, el respecte a l'autonomia, el dret a decidir lliurement i el respecte a la dignitat, en principi, són d'obligat

compliment també en l'atenció psiquiàtrica. No obstant, si bé en l'atenció sanitària general es dona per descomptat que el pacient és autònom i que cal respectar la seva autonomia i la lliure elecció, en l'atenció psiquiàtrica es pressuposa que aquesta autonomia del pacient cal posar-la en dubte. D'entrada, ja cometem un error dins del propi sistema sanitari general, quan tendim a generalitzar i a donar per descomptada la competència de la persona, quan aquesta és particular de cada subjecte i en cada moment evolutiu del seu procés patològic.

*La llei no fa distincions entre les diferents especialitats dins de l'atenció sanitària i, per tant, el respecte a l'autonomia, el dret a decidir lliurement i el respecte a la dignitat, en principi, són d'obligat compliment també en l'atenció psiquiàtrica.*

L'atenció psiquiàtrica, és l'única prestació sanitària/assistencial que té regulada per llei l'hospitalització involuntària, a través de l'art. 763 de la Llei d'Enjudiciament Civil i el seu homònim art. 255 del Codi de Família de Catalunya. Es tracta de protegir un dret constitucional del ciutadà, com és el dret a la salut, i per tant, a l'atenció necessària per a garantir-la, en aquelles persones que neguen la seva malaltia i necessitat de tractament; i com una protecció per a elles mateixes, ja que si no fos així quedarien abandonades a la seva sort, amb un important sofriment, quan no risc vital per a sí mateixes o els que les envolten; i tot això amb el corresponent control i seguiment judicial de l'hospitalització.

*Què pot dur a suprimir tan dràsticament l'autonomia i el dret de la persona a decidir lliurement sobre la seva salut?*

Totes les lleis anteriorment citades, recullen l'autonomia i el respecte a la lliure elecció, excepte en situacions en les quals no es trobi capacitada la persona per a prendre decisions o per raons d'urgència. S'expressa clarament la relació autonomia-capacitat com un binomi inseparable. Així, no hi pot haver autonomia plena i, per tant, llibertat d'elecció, si la persona en aquell moment no està capacitada per a prendre la decisió.

*Què entenem per capacitat?*

Des del punt de vista ètic capacitat o competència mental, es refereix a les aptituds de la persona per a rebre, comprendre i retenir la informació rellevant que se li ofereix sobre la seva situació clínica i poder prendre una decisió conseqüent amb la naturalesa d'aquesta informació. Estem parlant per tant de la capacitat d'entendre, valorar, raonar i prendre una decisió conseqüent.

Aquí sí que observem una diferència qualitativa en l'atenció psiquiàtrica, en relació a la resta de l'atenció sanitària. En psiquiatria, en els trastorns mentals greus o no tan greus, però en moments evolutius concrets, la persona no està en condicions de prendre una decisió sobre el seu procés i, per tant, estaria justificada en aquestes situacions la regulació judicial de l'hospitalització psiquiàtrica involuntària. Malgrat aquesta justificació, hem de posar-nos uns límits, perquè no es generalitzi i s'apliqui només en moments con-

crets i puntuals i sempre havent esgotat prèviament l'ús de mesures terapèutiques menys restrictives.

Així doncs, l'hospitalització involuntària seria la primera mesura restrictiva excepcional en l'atenció psiquiàtrica ja que suposa la privació de la llibertat de moviments d'una persona en contra de la seva voluntat, en un recinte més o menys limitat (unitat d'hospitalització o recinte hospitalari).

*En psiquiatria, en els trastorns mentals greus o no tan greus, però en moments evolutius concrets, la persona no està en condicions de prendre una decisió sobre el seu procés i, per tant, estaria justificada en aquestes situacions la regulació judicial de l'hospitalització psiquiàtrica involuntària*

A partir d'aquí ens trobem amb un pacient ingressat de forma involuntària, i que com és habitual nega la seva malaltia o trastorn mental i, per tant, la necessitat de tractar-se, o en el millor dels casos no creu que sigui l'hospitalització el més adequat. També es nega a acceptar altres mesures terapèutiques (tractaments farmacològics, observació-aïllament, restricció de visites i contacte amb l'exterior, etc.). En aquesta situació el risc auto-heteroagressiu, o el risc de ruptura brusca de l'hospitalització (fugida), obliguen en alguns casos a utilitzar altres mesures restrictives, que s'afegeixen a la de la pròpia hospitalització involuntària, per a les quals no existeix cap tipus de regulació legal, i que generen una gran inseguretat i dubtes, tant des del punt de vista ètic,



com per les possibles repercussions que se'n poguessin derivar, per al propi pacient i pels professionals que les han d'aplicar.

■  
*A Catalunya,  
des de l'any 2002, disposem  
d'un document guia de  
recomanacions en la pràctica  
terapèutica de mesures  
restrictives en pacients  
psiquiàtrics, elaborat pel  
Comitè Consultiu de Bioètica  
de Catalunya*

■  
A Catalunya, des de l'any 2002, disposem d'un document-guia de recomanacions en la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics, elaborat pel Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya -òrgan dependent del Departament de Salut-. Aquesta guia ens ha servit com a referència per a desenvolupar protocols que regulen l'ús de mesures restrictives en el curs d'hospitalització, validats en el nostre cas pel Comitè d'Ètica Assistencial del centre, i que han de garantir, malgrat la complexitat i malestar que comporta la seva aplicació, el respecte absolut a la dignitat del pacient i proscriure qualsevol sospita de tracte inhumà o degradant per a ell.

### **Mesures restrictives durant l'hospitalització**

Les mesures restrictives més utilitzades en el curs d'una hospitalització psiquiàtrica involuntària són:

#### **1. Subjecció o contenció física**

Entesa com l'ús de procediments físics o mecànics, dirigits a limitar

els moviments de part o de tot el cos d'un pacient per tal de controlar les seves activitats físiques i protegir-lo de les lesions que pogués infligir-se a sí mateix o als altres.

Com a mesura restrictiva més contundent és:

- ✓ una mesura excepcional
- ✓ utilitzada en el context d'urgència
- ✓ han d'haver-se esgotat prèviament altres alternatives menys restrictives
- ✓ ha de ser de durada tan breu com sigui possible
- ✓ sempre ha de ser una mesura sota indicació mèdica

Les indicacions clínic-terapèutiques de la mateixa es referiran únicament a situacions tals com:

- a) Estats d'agitació psicomotriu i/o comportaments heteroagressius amb risc per a la integritat física.
- b) Conductes autoagressives amb risc vital.

A més s'ha de disposar d'un protocol escrit que reculli:

- ✓ el procediment adequat de tot el procés de subjecció
- ✓ controls i monitoratge permanent del procés
- ✓ registre en la història clínica
- ✓ informació de la indicació de la mesura al propi pacient i als familiars o persones del seu entorn de convivència

#### **2. Aïllament terapèutic**

Entès com la ubicació del pacient en una habitació tancada, mantenint-lo separat del seu entorn.

És una mesura menys restrictiva que la subjecció i s'ha d'aplicar prèviament, amb la condició d'evi-

tar aquella, sempre que l'estat de la persona ho permeti.

Com a mesura restrictiva que és, requerirà:

- ✓ indicació i revisió mèdica contínua
- ✓ durada del temps mínim estrictament necessari
- ✓ espai físic (habitació generalment) que tingui les condicions adequades per a garantir la seguretat i al mateix temps procurar el màxim confort de la persona
- ✓ mesures d'acompanyament i control del personal d'infermeria

La mesura terapèutica descrita està indicada en quadres d'important desorganització de conducta o disgregació psíquica, en els que cal una reducció temporal d'estímuls externs.

### **3. Observació-permanència a la sala d'hospitalització**

Entesa com la permanència del pacient en els espais de la unitat d'hospitalització, sense possibilitats de sortida de la mateixa, però sense restringir el contacte amb altres persones de la unitat.

Resulta útil habitualment durant els primers dies d'un ingrés. La indicació de la mesura d'observació a la sala és útil per a oferir uns límits segurs al pacient, però no massa restringits, i controlar conductes pertorbadores o de possible risc autoagressiu.

#### **4. Tractament mèdic forçós**

Entès com l'aplicació de les teràpies generalment farmacològiques, sense comptar amb la voluntat i acceptació del pacient. És una mesura que es dona simultà-

niamment amb alguna de les anteriors esmentades. A més, en determinades situacions el correcte compliment del tractament farmacològic permet reduir la durada temporal de les mesures restrictives de caràcter físic-mecànic.

La indicació i dosi dels tractaments farmacològics forçosos han de ser curosament valorats pel metge responsable del cas. Igualment quan l'estat del pacient ho permeti caldrà incloure la indicació del fàrmac en la "negociació" amb ell, dins del seu tractament global, essent convenient mantenir uns criteris clínics clars, però amb flexibilitat i tolerància.

### 5. Restriccions de la comunicació amb l'exterior

En principi l'ingrés d'un pacient en una unitat d'hospitalització psiquiàtrica no ha d'implacar de forma sistemàtica restriccions de comunicació amb l'exterior: visites, trucades telefòniques, recepció-emissió de correu, etc. Tot i així, cal informar en el moment de l'ingrés de les normes generals de la unitat, tant al propi pacient com als seus familiars o nucli de convivència habitual, incloent aquelles normes que fan referència a la comunicació amb l'exterior, i ambdues parts s'han de comprometre a respectar-les.

No obstant hi ha situacions, i sempre en relació a l'estat clínic del pacient, que pot ser aconsellable limitar sota indicació terapèutica aquestes comunicacions amb l'exterior, restringint temporalment les visites que pot rebre, les comunicacions telefòniques o l'enviament-recepció de correu. I això pot ser així perquè hi ha situacions en les quals les visites o el

contacte telefònic tenen posteriorment repercussions desfavorables en l'estat i evolució del pacient, o pel fet que resulti convenient terapèuticament la reducció d'estímul. Pel que fa al correu, caldrà limitar-lo en casos en els quals se sospiti la introducció d'objectes perillosos, substàncies tòxiques o enviament de documents que puguin perjudicar-lo.

En qualsevol cas, malgrat ser mesures menys restrictives, han de ser avaluades de forma periòdica i tendir a la durada mínima imprescindible.

*Com hem de considerar l'ús de mesures restrictives en l'hospitalització psiquiàtrica en l'actualitat?*

La història recent de la psiquiatria, igual que la resta de les ciències mèdiques, ha suposat un considerable avenç de les mesures terapèutiques.

*Tenim l'obligació ètica i legal d'utilitzar tots els mitjans terapèutics al nostre abast, i entre ells, l'ús de mesures restrictives si cal... però estem també obligats a pensar estratègies que redueixin quantitativament i qualitativa l'ús d'aquestes mesures*

En el cas de l'atenció psiquiàtrica, aquestes mesures terapèutiques, juntament amb un desplegament de recursos assistencials comunitaris (extrahospitalaris), propers al pacient i el seu entorn familiar, li han retornat unes cotes de llibertat i possibilitats de decisió considerables respecte a èpoques passades no molt llunyanes.

És cert que encara avui, en determinats moments evolutius en trastorns mentals greus i no tan greus; i en relació a la capacitat o competència mental de la persona i el risc en aquell moment, tenim l'obligació ètica i legal d'utilitzar tots els mitjans terapèutics al nostre abast, i entre ells l'ús de mesures restrictives, si cal, en els termes ja expressats anteriorment.

No obstant això, estem també obligats a pensar estratègies que redueixin quantitativament (nombre de persones), i qualitativa (l'impacte que causen), l'ús d'aquestes mesures. Com a reflexió final voldria recollir les següents idees:

- La indicació i aplicació de mesures restrictives ha d'obeir sempre a la necessitat per la presència d'un perill propi per a la persona o aliè per als altres. Per tant, la valoració de la seva aplicació ha de ser sempre proporcional i congruent amb la situació real del moment.

- Valoració exhaustiva i sistemàtica de la situació del pacient per part de tot l'equip interdisciplinari des de l'inici de l'hospitalització, que ens permeti utilitzar mesures preventives (contenció psicològica, ambiental, farmacològica), per a evitar al màxim l'ús de les mesures restrictives, especialment les més contundents (subjecció-aïllament).

- Si bé és cert que habitualment no s'indiquen -i no s'haurien d'indicar- mesures restrictives, sobretot les més contundents, per a pal·liar un dèficit de personal assistencial, també ho és que el disposar de més personal ajudaria

no només a reduir quantitativa-ment l'ús de mesures restrictives, si no a oferir durant les mateixes una atenció més individualitzada, un millor acompanyament i suport emocional, reduint a més l'impacte de l'aplicació de les mateixes quan resulten necessàries.

La disponibilitat de recursos humans suficients no servirà de res si els professionals de tots els estaments no estan prou qualificats i tenen la competència professional adequada. No em refereixo a aspectes tècnics del l'atenció psiquiàtrica, que en la seva majoria ho estan, sinó qualificats en habilitats de comunicació, relacionals, d'empatia..., en definitiva de comprensió del funcionament mental i relacional d'una persona amb un trastorn mental greu, que ha sofert una hospitalització forçosa i que requerirà per part de tot el personal assistencial unes respostes adequades a aquesta situa-

ció. La relació inadequada, per manca d'aquestes competències i habilitats, provoca sens dubte un increment de l'ús de mesures restrictives.

El respecte a la dignitat personal com a valor ètic fonamental és una obligació moral dels professionals i institucions que ens dediquem a l'atenció psiquiàtrica i molt especialment en la imposició de qualsevol tractament forçós, ja que si no es pot evitar aplicar-lo, disminuïrem almenys l'impacte que aquest li pot ocasionar. Si no ho fem així, podem incórrer en situacions de tracte inhumà o degradant per a la persona.

JOSÉ A. LARRAZ

PSIQUIATRA  
DIRECTOR METGE SAGRAT COR,  
SERVEIS SALUT MENTAL. MARTORELL

#### Bibliografia:

✓ Arechederra, J.J.; Ayuso, P.P.; Cloza, I. y Vicente, J. *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid. Internacional Marketing and Communications, 1995.

✓ Barrios Flores, Luis Fernando. *Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación*. D.S. Vol 11. Julio-Diciembre 2003.

✓ Comitè de Bioètica de Catalunya. *L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.

✓ Comitè d'Ètica Assistencial (Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental). *Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización psiquiátrica*. Informaciones Psiquiátricas, nº 175, 1er trimestre 2004.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Reflexiones éticas en el proceso de hospitalización psiquiátrica*. Ensayos de Bioética - IBB. Fundación Mapfre Medicina. 2000.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Aspectos éticos y médico-legales en psiquiatría*. Ponencia presentada en 1ª Jornada de Bioética y Salud Mental. Hospital San Rafael (Barcelona). Octubre 2006.

### III Jornades sobre Ètica, Dret i Psiquiatria "Adolescència: conflicte i decisió"

28 i 29 de Febrer (Sant Boi - Barcelona)

El Comitè d'Ètica Assistencial de *Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental* (Sant Boi-Barcelona), organitza per tercera vegada aquestes jornades, amb intenció d'acostar una mica més en el diàleg, l'entorn de salut mental amb el món jurídic, des de la reflexió ètica.

Els eixos temàtics seran:

- Menor madur: l'adolescent davant la decisió sanitària
- L'adolescent vulnerable i les institucions en la nostra societat: educació i salut / justícia i salut
- La llei penal del menor: reflexió jurídica i ètica

Presentació de comunicacions fins el 31 novembre 2007  
(més informació a [icots@sjd-ssm.com](mailto:icots@sjd-ssm.com))

**SANT JOAN  
DE DÉU**  
SERVEIS DE SALUT MENTAL

## agenda

✓ **Jornada del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya** “*Diversitat Cultural i Salut*” organitzada pel Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya Departament de Salut, pel dia 12 de novembre a Salt, Girona (Sala d'actes de l'Hospital de Santa Caterina. Parc Hospitalari Martí i Julià. Dr. Castany, s/n). Més informació: Secretaria Tècnica: Suport Serveis. Tel. 93 2017571. Correu-e: secretaria@suportserveis.com

✓ **VI Congrés Nacional de l'Asociación Española de Bioética (AEBI)** sota el lema “*Bioética, Política y Sociedad*” pels dies 15 a 17 de novembre a València. Més informació: [www.aebioetica.org](http://www.aebioetica.org)

✓ **5è Congrés estatal de la FAECAP i 8è Congrés de l'AIFICC** Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya amb el lema “*A passes de gegant cap a nous reptes*”, que tindrà lloc del 15 al 17 de novembre a Barcelona (Palau de Congressos. Av. Maria Cristina s/n). Informació: Secretaria Tècnica. Reunions i Ciència, S.L. Tel. 93 4108646 i [www.reunionsciencia.es](http://www.reunionsciencia.es)

✓ **XVII Symposium nacional de Pediatría Social** “*Reptes en atenció primària i en l'escola*” organitzat pel club de Pediatría Social pels dissabtes 10 i 17 de Novembre a Barcelona (Sala d'Actes Institut Català de la Salut. Gran Via dels Corts Catalans, 587). Més informació: Correu-e: [pediatriasocial@yahoo.com](mailto:pediatriasocial@yahoo.com), [www.clubpediatriasocial.org](http://www.clubpediatriasocial.org) i Tel. 932007163.

✓ **VI Congreso Argentino de Derecho Médico y de Salud** “*Gestión y Prevención del Error y Responsabilidad Legal Médica y Farmacéutica para Prescripción, Información de Efectos Adversos, Dispensación de Medicamentos y Seguimiento*”

organitzat per l'Asociación Argentina de Derecho Farmacéutico (AADEFARM), l'Asociación Argentina de Derecho Médico y de Salud (AADEMES), i PREVENPRAX, Servicios Médicos Legales pels dies 20 i 21 de novembre a l'Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina de la Ciutat de Buenos Aires. Més informació: [www.aadefarm.org](http://www.aadefarm.org)

✓ **XVI Congreso Derecho y Salud** organitzat per l'Asociación Juristas de la Salud pels dies 21 a 23 de novembre a Vigo. Més informació: [www.ajs.es](http://www.ajs.es)

✓ **I Jornada Internacional de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona** sobre la Declaració de Bioètica i Drets Humans de la UNESCO, organitzada per l'Observatori de Bioètica i Dret pel dia 27 de novembre a Barcelona. Més informació: [www.bioeticaidret.cat/unesco](http://www.bioeticaidret.cat/unesco) i correu-e: [obd@pcb.ub.es](mailto:obd@pcb.ub.es)

✓ **V Congrés de l'Associació Cristianisme al segle XXI** sota el lema “*La vida i la mort. Possibilitats i límits de la intervenció humana*” pels dies 1 i 2 de desembre a Barcelona (Col·legi Sant Ignasi-Sarrià, c. Carrasco i Formiguera, 32). Més informació: Tel. 932013701. [www.cristianismeXXI.org](http://www.cristianismeXXI.org) i correu-e: [cristianismexxi@cristianismexxi.org](mailto:cristianismexxi@cristianismexxi.org) i

✓ **III Jornades d'Ètica i Dret en Psiquiatria** “*Adolescència: conflicte i decisió*” organitzades per Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, pels dies 28 i 29 de febrer de 2008 a Sant Boi de Llobregat (c. Dr. Antoni Pujadas, 42). Més informació: Tel. 93 6002665 i Correu-e: [icots@sjd-ssm.com](mailto:icots@sjd-ssm.com)

bioètica & debat

AMB LA COL·LABORACIÓ DE



CAIXA DE CATALUNYA